

مقاله پژوهشی

سلامت جامعه

دوره هیجدهم، شماره ۴، زمستان ۱۴۰۳

اثربخشی آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت عمومی مادران کودکان مبتلا به اختلالات برونی‌سازی شهر قم در سال ۱۴۰۳

هادی پردل^۱، محمد ابراهیم مداحی^{۲*}، لیلا حیدری نسب^۳، روح اله عباسی^۴

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۳/۱۹

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۰/۲۸

خلاصه

مقدمه: اختلالات برونی‌سازی در کودکان، به عنوان یکی از چالش‌های رفتاری رایج، می‌تواند تأثیرات منفی بر سلامت روان والدین، به‌ویژه مادران داشته باشد. هدف این پژوهش تعیین اثربخشی آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت عمومی مادران کودکان مبتلا به اختلالات برونی‌سازی بود.

مواد و روش‌ها: این پژوهش نیمه‌تجربی، با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری یک‌ماهه انجام شد. جامعه آماری شامل مادران کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری برونی‌سازی در مقطع ابتدایی شهر قم در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ بود (تقریباً ۱۰۰۰ نفر). تعداد ۳۰ مادر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در گروه‌های مداخله و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. گروه مداخله، ۸ جلسه آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دریافت کرد. گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. ارزیابی‌ها توسط پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28)، قبل و بعد از مداخله و در مرحله پیگیری انجام شد. داده‌ها توسط آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار نمره سلامت عمومی در گروه آزمایش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به ترتیب $44/60 \pm 2/35$ و $34/53 \pm 3/85$ بود ($p < 0/01$). در گروه کنترل، تفاوت میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون (به ترتیب $44/53 \pm 2/50$ و $43/83 \pm 2/31$) معنی‌دار نبود.

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود سلامت عمومی مادران کودکان مبتلا به اختلالات برونی‌سازی مؤثر است. این آموزش می‌تواند به عنوان یک رویکرد مکمل در آموزش والدین به کار رود. تعمیم‌پذیری نتایج نیاز به بررسی‌های بیشتر دارد.

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، سلامت عمومی، مادران، اختلالات برونی‌سازی

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

^۲ استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران (نویسنده مسئول). پست الکترونیکی: memadahi@yahoo.com. تلفن: ۰۹۱۲۱۱۲۵۴۴۸.

^۳ دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

^۴ استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

مقدمه

در سال‌های اخیر توجه به مسائل و مشکلات رفتاری کودکان به عنوان یکی از موضوع‌های عمده روانپزشکی و روانشناسی به دلیل مشکلات پیش آمده، مانند کووید-۱۹ افزایش یافته است. مشکلات رفتاری کودکان، از موضوع‌های اساسی روانشناسی و روانپزشکی در سال‌های اخیر است. از آنجا که قسمت عمده‌ای از جمعیت هر جامعه را کودکان تشکیل می‌دهند، توجه به این موضوع بسیار مهم است [۱]. طبقه‌بندی مشکلات دوران کودکی در قالب مشکلات برونی‌سازی و اختلالات درونی‌سازی، که یک تمایز نوع‌شناختی از اختلالات رفتاری کودکان و نوجوانان را تشکیل می‌دهند، از پرکاربردترین طبقه‌بندی‌های اختلالات دوران کودکی است [۲]. اختلالات درونی‌سازی شامل مشکلاتی مانند افسردگی، اضطراب، گوشه‌گیری و نگرانی است که بیشتر متوجه خود فرد هستند. در مقابل، اختلالات برونی‌سازی به رفتارهای ناهنجار، پرخاشگری و تکانشگری اشاره دارند که در تضاد با هنجارهای اجتماعی قرار می‌گیرند. این اختلالات که معمولاً از کودکی و نوجوانی آغاز می‌شوند، می‌توانند زمینه‌ساز رفتارهای ضد اجتماعی و مشکلات جدی در بزرگسالی باشند [۳]. رفتارهای مشکل‌ساز برونی‌سازی مانند پرخاشگری، آسیب رساندن به اموال، یا دزدی از مشکلات سازگاری رایج در کودکی، و قابل‌اعتمادترین پیش‌بینی‌کننده مشکلات سلامت روان در بزرگسالی هستند [۴].

مطالعات روانشناختی نشان می‌دهند که اختلالات رفتاری کودکان بر خانواده، به ویژه مادران، تأثیر قابل‌توجهی دارد. به دلیل پیوند عاطفی قوی میان اعضای خانواده، تغییرات در یک عضو بر دیگران نیز اثر می‌گذارد. مادر، که بیشترین ارتباط را با کودک دارد، بیش از سایرین در معرض تنش و آسیب‌های روانی قرار می‌گیرد. به‌طور کلی، وجود کودک مبتلا به اختلالات رفتاری می‌تواند زمینه‌ساز تنش‌های خانوادگی شده و سلامت روانی مادر را به‌طور

ویژه تهدید کند [۵]. چندین مطالعه به بررسی تأثیر اختلالات رفتاری کودکان بر مادران پرداخته‌اند. یک مطالعه مهم ارتباط بین مشکلات رفتاری کودکان، افسردگی مادران و مشکلات خانوادگی را بررسی می‌کند. این مطالعه نشان داد کودکانی که با چالش‌های رفتاری مواجه هستند، به ویژه در محیط‌های خانوادگی آسیب‌پذیر، استرس و افسردگی مادران را تشدید می‌کنند. این موضوع به نوبه خود می‌تواند رفتار کودک را بدتر کند و چرخه‌ای از استرس را در واحد خانوادگی ایجاد نماید [۶]. داشتن فرزند با اختلالات رفتاری ممکن است مشکلات و فشارهای روانی اقتصادی و اجتماعی زیادی را برای خانواده‌ها به همراه داشته باشد و در صورت بی‌توجهی، سلامت عمومی خانواده و به ویژه مادران را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۷].

در رابطه با والدین دارای کودک مبتلا به اختلالات رفتاری مداخلات گوناگونی انجام شده است. Onyishi و همکاران در پژوهشی به بررسی اثربخشی مداخلات روانشناختی در والدین کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری مانند بیش‌فعالی پرداختند. نتایج حاکی از پایین بودن سلامت روان والدین بود. بر اساس نتایج پس‌آزمون مشخص شد مداخلات روانشناختی موجب کاهش پریشانی روانشناختی والدین دارای کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری می‌شود [۸].

یکی از روش‌های درمانی که ممکن است بر سلامت عمومی مادران دارای کودک مبتلا به اختلالات برونی‌سازی تأثیر داشته باشد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Acceptance and Commitment Therapy) است. این درمان، یک درمان شناختی-رفتاری زمینه‌ای است. طبق نتایج چندین فرا تحلیل، درمانی مؤثر برای طیف گسترده‌ای از اختلالات روانی، از جمله افسردگی، استرس و اضطراب است [۹-۱۰]. Maughan و همکاران در تحقیقی به بررسی پیامدهای والدین، فرزند و خانواده به دنبال درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای والدین

در این حوزه [۱۶] به طور مستقیم قابل تعمیم به جامعه ایران نیستند.

در کنار این مسئله، روند فزاینده اختلالات رفتاری در کودکان و مشکلات ناشی از این اختلالات برای والدین، ضرورت بررسی مداخلات مؤثر را بیش از پیش برجسته می‌کند. اغلب مداخلات موجود بر آموزش روش‌های صحیح رفتاری در ارتباط با کودک تمرکز دارند، در حالی که کمتر به افکار، ارزش‌ها، باورها، احساسات و خودانتقادی (self-criticism) والدین، به‌ویژه در شرایط تنیدگی، پرداخته شده است. بسیاری از مطالعات پیشین، بر مشکلات اجتماعی و تحصیلی این کودکان متمرکز بوده‌اند و به تأثیر این مشکلات بر والدین، به خصوص از نظر روان‌شناختی، توجه کمتری شده است، در حالی که طبق نظر Barkley، خط مقدم درمان کودکان دارای اختلالات برونی‌سازی، آموزش والدین، به‌ویژه مادران، است [۱۷]. بر همین اساس، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت عمومی مادران کودکان مبتلا به اختلالات برونی‌سازی شهر قم در سال ۱۴۰۳ انجام شده است.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و دوره پیگیری یک‌ماهه همراه با گروه کنترل است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه مادران کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری برونی‌سازی در مقطع ابتدایی آموزش و پرورش شهر قم در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۳ (تقریباً ۱۰۰۰ نفر) بود.

نمونه‌گیری به صورت در دسترس اجرا شد. پس از اخذ مجوز از مسئولان آموزش و پرورش، در ابتدا فراخوانی با محتوای اهداف پژوهش و ملاک‌های ورود و خروج، تدوین و برای اعلان عمومی در کانال‌های اطلاع‌رسانی ۲۵ مدرسه ابتدایی پسرانه و دخترانه شهر قم بارگذاری گردید. از بین ۲۰۰ نفر که به طور مقدماتی (حضور یا از طریق

کودکان اوتیستیک پرداختند. نتایج نشان داد که این درمان تأثیر مثبتی بر بهبود افسردگی، پریشانی روانشناختی، احساسات مثبت و بهبود برخی از جنبه‌های سلامت روان والدین این گروه از کودکان داشت که این تأثیر در دوره پیگیری ۴ ماهه هم ادامه داشته است [۱۱]. Li و همکاران در مروری نظام‌مند و فرا تحلیلی به بررسی اثربخشی مداخلات درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود سلامت روان‌شناختی والدین کودکان با نیازهای ویژه مراقبت‌های بهداشتی پرداختند. نتایج این تحقیق، تأثیرات مثبت مداخلات مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر سلامت روان، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، توانایی‌های ذهن‌آگاهی و اعتماد به نفس/خودکارآمدی در والدین کودکان با نیازهای مراقبت بهداشتی ویژه را نشان داد [۱۲].

والدین در مواجهه با هیجانات شدید مرتبط با کودک، گاهی به الگوهای رفتاری ناکارآمد گذشته بازمی‌گردند که منجر به بی‌نظمی هیجانی و کاهش توانمندی آن‌ها در تربیت صحیح می‌شود. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تأکید می‌شود که مشکلات فرزندپروری تنها ناشی از کمبود مهارت نیست، بلکه فشارهای روانی، تنظیم هیجانی ضعیف، انعطاف‌ناپذیری و عدم پذیرش تجربیات ناخوشایند نیز نقش مهمی در ایجاد و تداوم مشکلات رفتاری کودکان دارند [۱۳].

علی‌رغم اهمیت موضوع، پژوهش‌های محدودی در ایران به بررسی اثربخشی درمان‌های گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مادران دارای کودکان مبتلا به اختلالات برونی‌سازی پرداخته‌اند. اگرچه مطالعات موجود اثربخشی این مداخلات را نشان داده‌اند [۱۴]، اما نیاز به تحقیقات بیشتری در این زمینه احساس می‌شود. علاوه بر این، الگوهای فرزندپروری و ساختار خانواده در ایران تحت تأثیر فرهنگ خاص ایرانی قرار دارند و ممکن است واکنش‌های متفاوتی نسبت به مداخلات درمانی نشان دهند [۱۵]. در نتیجه، یافته‌های پژوهش‌های بین‌المللی

اغماض بودن بالاتر یا پایین تر میانگین نمونه از میانگین جامعه را نشان می‌دهد)، $\alpha = 0.05$ و $\text{power} = 0.90$ ، بر اساس معادله، حجم نمونه برای هر گروه ۱۲/۰۷ محاسبه شد. با این حال، برای اطمینان از کفایت آماری تعداد ۳۰ آزمودنی انتخاب شدند. در پژوهش حاضر ریزش نمونه وجود نداشت.

$$n = \frac{2\sigma_d^2(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta})^2}{\delta^2}$$

پس از اجرای پیش‌آزمون، گروه مداخله طی ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای یک جلسه) در روزهای دوشنبه از ساعت ۱۰ تا ۱۲ آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر اساس کتاب آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تألیف Westrup و Wright که خلاصه آن در جدول ۱ ارائه شده است، دریافت کردند [۲۱]. این جلسات تحت نظر نویسنده مسئول که دوره‌های آموزشی لازم در این زمینه را گذرانده بود، در یکی از مدارس ابتدایی ناحیه یک قم برگزار شد. به گروه کنترل اطمینان داده شد که پس از اتمام پژوهش، این مداخلات درمانی را دریافت خواهند کرد. ملاک‌های ورود شامل: تکمیل فرم رضایت‌نامه، توانایی حضور منظم در جلسات آموزشی، حداقل سواد دیپلم برای پاسخگویی به پرسش‌نامه‌ها، بازه سنی ۱۸ تا ۴۵ سال، داشتن فرزند با تشخیص اختلالات رفتاری برونی‌سازی شده در مقطع ابتدایی توسط روانپزشک، داشتن نمره بالای ۲۳ در پرسش‌نامه سلامت عمومی، عدم مراجعه به روانپزشک یا عدم مصرف داروهای روانپزشکی به طور منظم (بنا بر خود اظهاری)، زندگی کردن با همسر و عدم بروز سوگ اقوام درجه اول در ۶ ماهه اخیر بود. ملاک‌های خروج شامل: شرکت در سایر برنامه‌های آموزشی، تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها، عدم تمایل به شرکت در طول برنامه و غیبت متوالی دو جلسه بود. بعد از انجام جلسات آموزشی و سپری شدن یک ماه، پس‌آزمون انجام شد. در تمام مراحل پرسشنامه‌ها توسط آزمودنی‌ها به صورت خودگزارشی و با نظارت آزمون‌گر تکمیل شدند. جهت جلوگیری از ریزش نمونه‌ها، حین

تماس تلفنی) برای کسب اطلاعات بیشتر (طی بازه زمانی حدوداً یک ماه) به پژوهشگر مراجعه کردند، ۹۰ مادر موافقت و داوطلبی خود را برای شرکت در پژوهش اعلام کردند و به پرسشنامه‌های غربالگری مربوطه پاسخ دادند.

پس از غربالگری، مادرانی که فرزند آن‌ها نمره‌های بالای ۶۳ در سیاهه رفتاری کودک داشتند، انتخاب شدند. این نقطه برش بر اساس مطالعات پیشین به عنوان نشانگر مشکلات رفتاری معنادار در کودکان در نظر گرفته شده است [۱۸]. سپس، با انجام مصاحبه بالینی توسط پژوهشگر، مادرانی که نمره بالای ۲۳ در مقیاس سلامت عمومی کسب کرده بودند، در جلسه‌ای برای بررسی نهایی شرایط شرکت‌کنندگان، اختلال‌های همبود، ملاک‌های ورود و خروج، و انگیزه و امکان حضور منظم آن‌ها در جلسات (برای جلوگیری از افت و ریزش شرکت‌کنندگان) مورد بررسی قرار گرفتند. نمره ۲۳ در مقیاس سلامت عمومی، به عنوان سطح معنی‌داری از ناراحتی روان‌شناختی در نظر گرفته شده است [۱۹].

در نهایت، تعداد ۳۰ مادر که با آگاهی کامل از شرایط و گزینه‌های آموزشی و مداخله‌ای، تمایل و آمادگی خود را برای شرکت در پژوهش اعلام کرده و فرم کتبی رضایت آگاهانه را تکمیل کردند، به عنوان نمونه نهایی انتخاب شدند. سپس آزمودنی‌ها به صورت تصادفی ساده (پرتاب سکه) در گروه‌های آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. حداقل حجم نمونه پیشنهادی برای چنین مطالعاتی در کتب آماری، ۱۵ نفر معرفی شده است [۲۰]. برای تعیین حجم نمونه، علاوه بر این مبنای معادله Fleiss و نرم‌افزار G*Power استفاده شد. این نرم‌افزار نشان داد که برای دستیابی به توان آماری ۰/۹۰ با اندازه اثر ۰/۱۵ و سطح معنی‌داری ۰/۰۵، حداقل ۱۵ آزمودنی در هر گروه مورد نیاز است. همچنین، بر اساس معادله مذکور $\alpha = 1/61$ (انحراف معیار در پس‌آزمون گروه آزمایش)، $d^2 = 4/507$ (بازه اطمینان که میزان قابل

مصاحبه اولیه از آنها خواسته شد تعهد خود را نسبت به شرکت در جلسات حفظ کنند. این امر در طول جلسات نیز رصد می‌شد و همبستگی گروهی که بین اعضا ایجاد شده بود، مانع ریزش افراد گردید. شایان ذکر است تمامی اصول اخلاقی در این مطالعه رعایت شد. شرکت‌کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند. اطلاعات آنها محرمانه نگه داشته شد. برای برگزاری جلسات آموزشی، از افراد هزینه‌ای دریافت نشد. پژوهش حاضر پس از دریافت کد اخلاق با شماره IR.SHAHED.REC.1403.060 انجام شد.

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آزمون آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر تحلیل شدند. برای بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف و برای مقایسه‌های زوجی از آزمون توکی استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها توسط نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ انجام شد. سطح معنی‌داری در ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. در این پژوهش از ابزارهای به شرح زیر استفاده گردید:

۱- پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی: این پرسشنامه حاوی اطلاعاتی همچون سن، جنسیت، سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی، ترتیب تولد و شغل مادران شرکت‌کنندگان بود. برای طبقه‌بندی وضعیت اقتصادی، از معیارهای ارائه شده توسط مرکز آمار ایران (۱۴۰۲) در گزارش هزینه و درآمد خانوارهای شهری و روستایی استفاده شد [۲۲]. بر این اساس، وضعیت اقتصادی شرکت‌کنندگان بر اساس چارک‌های درآمدی جامعه مورد مطالعه در سه طبقه اقتصادی پایین، متوسط و بالا تقسیم‌بندی شد. خانوارهایی که درآمد آن‌ها در چارک اول (۲۵ درصد پایین جامعه) قرار داشت، در گروه وضعیت اقتصادی پایین، خانوارهای دارای درآمد در چارک دوم و سوم (۲۵ تا ۷۵ درصد) در گروه وضعیت اقتصادی

متوسط، و خانوارهای با درآمد در چارک چهارم (۲۵ درصد بالای جامعه) در گروه وضعیت اقتصادی بالا قرار گرفتند.

۲- پرسشنامه سلامت عمومی (General Health Questionnaire): این پرسشنامه توسط Goldberg در سال ۱۳۷۲ تنظیم شد و شامل نسخه ۶۳ سؤالی بود که به ۳۸ زبان ترجمه شده است. در سال ۱۳۷۳، نسخه ۲۸ سؤالی (GHQ-28)، توسط Goldberg و Hillier تدوین شد [۲۳]. مطالعات روان‌سنجی نشان داده است که GHQ-28 نسبت به نسخه‌های دیگر دارای بیشترین اعتبار، حساسیت و پایایی است [۲۴]. فرم ۲۸ سؤالی این پرسش‌نامه دارای چهار مقیاس می‌باشد. تمام سؤالات دارای ۴ گزینه هستند که بر اساس روش لیکرت (۱-۲-۳-۴) نمره‌دهی شده، به این صورت که گزینه "اصلاً" نمره ۰، گزینه "کمی" نمره ۱، گزینه "زیاد" نمره ۲ و گزینه "خیلی زیاد" نمره ۳ دریافت می‌کند. بنابراین، نمره هر مقیاس می‌تواند بین ۰ تا ۲۱ باشد و نمره کلی سلامت عمومی هر فرد از ۰ تا ۸۴ متغیر است. هر چه نمره فرد بالاتر باشد، نشان‌دهنده سلامت روانی کمتر اوست. Noorbala و همکاران، در بررسی اعتبار پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی، نمره برش ۶ را با روش سنتی و نقطه برش ۲۳ را با روش لیکرت گزارش کردند. همچنین، ضریب پایایی پرسشنامه را با روش بازآزمایی، ۰/۸۸ اعلام کردند. برای این پرسشنامه، گلدبرگ و ویلیامز ضریب اعتبار متوسط ۰/۸۳ و ضریب پایایی متوسط ۰/۸۷ را گزارش کردند [۱۹]. در ایران نیز، Taghavi پایایی این پرسشنامه را با استفاده از سه روش دوباره سنجی، دو نیمه کردن و آلفای کرونباخ بررسی کرد که به ترتیب ضرایب پایایی ۰/۷۰، ۰/۹۳، ۰/۹۰ را بدست آورد [۲۵]. پایایی این پرسش‌نامه در پژوهش حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۷ بود.

جدول ۱- خلاصه جلسات آموزشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای مادران کودکان مبتلا به اختلالات برونی سازی در شهر قم در سال ۱۴۰۳

جلسه	فعالیت‌ها
اول	آشنایی و برقراری رابطه اولیه درمانی، ارائه توضیحاتی در مورد متغیرهای پژوهش، گفتگو درباره هدف از تشکیل جلسات، نقش و اهمیت آن، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با اصول کلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، صحبت در مورد شناسایی ذهن (فکر، احساس، علائم بدنی، میل و خاطرات)، دادن تکلیف خانگی
دوم	مرور محتوا و تمرین جلسه قبل، شروع با تمرین ذهن آگاهی، کشف و بررسی روش‌های درمانی فرد و ارزیابی تأثیر آنها، بحث درباره موقتی بودن و کم اثر بودن آنها (ایجاد درماندگی خلاق). شناسایی هزینه تلاش‌هایی که برای تغییر احساسات و افکار منفی ایجاد شده است. دریافت بازخورد و تعیین تکالیف خانگی شامل ثبت کلیه اقداماتی که مراجع برای حذف یا کنترل رویدادهای درونی (افکار، احساسات، علائم جسمی و ...) انجام داده است.
سوم	مرور محتوا و تمرین جلسه قبل، شروع با تمرین ذهن آگاهی، کمک به مراجع برای تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل و پی بردن به بیپهودگی آنها، معرفی کنترل به عنوان مسئله؛ کنترل خود مسئله است نه راه حل؛ پذیرش وقایع شخصی دردناک بدون کشمکش با آنها، دریافت بازخورد و تعیین تکالیف خانگی: تمام کارهایی که مراجع به عنوان کنترل به کار می‌برد را شناسایی کند.
چهارم	مرور محتوا و تمرین جلسه قبل، شروع با تمرین ذهن آگاهی، مطرح کردن پذیرش/تمایل تجربه‌ای به عنوان جایگزینی برای کنترل، کاوش هم‌آمیزی شناختی و کشف موانع تمایل، توضیح رنج پاک و رنج ناپاک، دریافت بازخورد و تعیین تکالیف خانگی: تکلیف تمایل بدین منظور که به جای کم کردن درجه رویدادهای درونی یعنی افکار، هیجان و... درجه تمایل/پذیرش خود را نسبت به آنها بالا ببرد.
پنجم	مرور محتوا و تمرین جلسه قبل، شروع با تمرین ذهن آگاهی، مطرح کردن هم‌آمیزی شناختی و ایجاد تغییر در قواعد زبانی، استفاده از استعاره صفحه شطرنج برای نشان دادن اینکه افکار، احساسات، خاطرات و علائم بدنی نباید به عنوان واقعیت تلقی شوند و گسلسش یعنی مراجع خود را به عنوان صفحه‌ای بدانند که فقط وظیفه نگه داشتن رویدادهای درونی را دارد نه جنگیدن با افکار، احساسات و... دریافت بازخورد تعیین تکلیف خانگی: ناهم‌آمیزی شناختی
ششم	مرور محتوا و تمرین جلسه قبل، شروع با تمرین ذهن آگاهی، ارتباط با زمان حال، توضیح مفهوم خودها و مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به عنوان زمینه و برقراری تماس با خود به جای خود مفهوم سازی شده. یعنی مراجع بتوانند رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال به سادگی تجربه نمایند و قادر به جدا کردن خود از واکنش، خاطرات و افکار ناخوشایند شود. آموزش پذیرش رویدادهای درونی و توضیح در مورد پرهیز از تجربه دردناک و تمرکز به عنوان راهبردهای بی‌فایده در برخورد با مسائل با استفاده از استعاره، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف خود به عنوان مشاهده‌گر.
هفتم	مرور محتوا و تمرین جلسه قبل، شروع با تمرین ذهن آگاهی، کمک به مراجع برای شناسایی ارزش‌هایش و تفاوت آن با اهداف، کشف زندگی ارزشمند، بسط ارزش‌ها و اهداف، نوشتن اهداف کوتاه مدت و بلند مدت و بررسی موانع و آموزش تعهد به عمل، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف: فرم ارزش‌ها.
هشتم	مرور و تمرین مهارت‌های ارائه شده در جلسات پیشین، برای کمک به آزمودنی‌ها تا بتوانند به روش‌های مختلف با شرایط متفاوت زندگی خود مقابله کنند، ارائه راهبردهایی برای بکارگیری و حفظ این روش درمانی در زندگی روزمره و در نهایت جمع‌بندی و اجرای پس‌آزمون

یافته‌ها

بین دو گروه از نظر سن، سطح تحصیلات، وضعیت شغلی و اقتصادی و تعداد فرزندان تفاوت معنی‌داری نشان نداد که بیانگر این است که دو گروه همسان هستند.

میانگین و انحراف معیار سن کل شرکت‌کنندگان در این پژوهش $35/64 \pm 2/44$ بود. در جدول ۲ اطلاعات جمعیتی شناختی شرکت‌کنندگان ارائه گردیده است. آزمون آماری

جدول ۲- مقایسه ویژگی‌های دموگرافیک مادران کودکان مبتلا به اختلالات برونی سازی شهر قم شرکت‌کننده در مطالعه در سال ۱۴۰۳ (تعداد در هر گروه ۱۵ نفر)

متغیر	گروه کنترل	گروه مداخله	P
سن (انحراف معیار \pm میانگین)	$35/46 \pm 2/52$	$31/2 \pm 85/36$	۰/۶۹۸
وضعیت اقتصادی تعداد (درصد)			۰/۸۷۵
پایین	۳ (۲۰/۰۰)	۲ (۱۳/۳)	
متوسط	۹ (۶۰/۰۰)	۹ (۶۰/۰۰)	
بالا تر از متوسط	۳ (۲۰/۰۰)	۴ (۲۶/۷)	
تحصیلات مادر تعداد (درصد)			۰/۸۷۵
دیپلم	۷ (۴۶/۷)	۸ (۵۳/۳)	
کارشناسی	۵ (۳۳/۳)	۴ (۲۶/۷)	
کارشناسی ارشد و بالاتر	۳ (۲۰/۰۰)	۱ (۶/۷)	
شغل مادران تعداد (درصد)			۱/۰۰۰
خانه دار	۱۰ (۶۸/۰۰)	۱۱ (۷۰/۰۰)	

	۴ (۳۰/۰۰)	۵ (۳۲/۰۰)	شاغل
۰/۸۷۵			جنسیت فرزند تعداد (درصد)
	۱۱ (۷۳/۳)	۱۲ (۸۰/۰۰)	پسر
	۴ (۲۶/۷)	۳ (۲۰/۰۰)	دختر
۱/۰۰۰			ترتیب تولد فرزند تعداد (درصد)
	۸ (۵۳/۳)	۹ (۶۰/۰۰)	اول
	۳ (۲۰/۰۰)	۴ (۲۶/۷)	دوم
	۴ (۲۶/۷)	۲ (۱۳/۳)	سوم و بالاتر

نوع آزمون: مجذور کای * $p < 0.05$ اختلاف معنی دار

در جدول ۳، میانگین و انحراف معیار متغیر سلامت عمومی برای هر گروه به تفکیک گزارش شده است. این یافته‌ها نشان می‌دهد که بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری تفاوت وجود دارد که با استفاده از روش‌های استنباطی، معنی‌داری این تفاوت بررسی شد.

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار سلامت عمومی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش و کنترل در مادران کودکان مبتلا به اختلالات برون‌سازشی شهر قم در سال ۱۴۰۳ (تعداد هر گروه = ۱۵ نفر)

گروه	انحراف معیار \pm میانگین	حداقل	حداکثر
سلامت عمومی-پیش‌آزمون	۲۵/۳۵ \pm ۶۰/۴۴	۴۰	۴۹
مداخله	۲۳/۸۵ \pm ۴۴/۵۳	۲۷	۴۲
سلامت عمومی-پیگیری	۲۴/۸۵ \pm ۵۱/۸	۲۶	۴۵
سلامت عمومی-پیش‌آزمون	۲۲/۵۰ \pm ۴۴/۵۳	۳۸	۵۱
کنترل	۲۲/۳۱ \pm ۴۳/۴۳	۳۸	۴۹
سلامت عمومی-پیگیری	۲۴/۷۰ \pm ۱۳/۴۴	۳۷	۵۰

تحلیل واریانس، از آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد. نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که میانگین نمرات سلامت عمومی در گروه‌های مداخله و کنترل تفاوت معنی‌داری دارد ($p < 0.001$). همچنین، اثر تعامل زمان و گروه نیز بر نمرات سلامت عمومی معنادار بوده است ($p < 0.001$). به بیان دیگر، میانگین نمرات سلامت عمومی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری به طور معناداری کمتر از نمرات گروه کنترل است. همچنین، نتایج اثر اصلی زمان نشان می‌دهد که نمرات سلامت عمومی افراد گروه مداخله از مرحله پیش‌آزمون تا پیگیری به طور معناداری کاهش یافته است ($p < 0.001$). مجدداً ۰/۸۴۲ هم بیانگر این است که ۸۴ درصد از تغییرات

پیش از انجام آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری مکرر، پیش‌فرض‌های آن بررسی گردید. برای بررسی نرمال بودن داده‌های متغیرهای وابسته، از آزمون کولموگروف-اسمیرنف استفاده شد. نتایج نشان داد که در هیچ‌یک از مراحل سنجش، این آزمون معنی‌دار نبود که به معنای رعایت این پیش‌فرض می‌باشد. برای بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس گروه‌ها از آزمون لوین استفاده شد که نتایج معنی‌دار نبود و بنابراین پیش‌فرض همگنی خطای ماتریس واریانس‌ها رعایت شده است. همچنین، نتایج آزمون ام‌باکس نشان داد که فرض یکسانی ماتریس‌های کوواریانس برقرار است ($F = 0.527, P = 0.788$). با توجه به برقراری مفروضات لازم برای استفاده از

واریانس در مراحل پیش‌آزمون تا پیگیری ناشی از بوده است. تأثیر آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جدول ۴. نتایج آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی اثر بخشی آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر متغیر سلامت عمومی در مادران کودکان مبتلا به اختلالات برونی‌سازی شهر قم در سال ۱۴۰۳ (تعداد هر گروه = ۱۵ نفر)

متغیر وابسته	منبع اثر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	P	مجذور اتا
	گروه	۲۱۵۰/۳۰۲	۱	۲۱۵۰/۳۰۲	۹۸/۱۱۲	* < ۰/۰۰۱	۰/۷۳۱
نمره سلامت عمومی	زمان	۴۳۶۷/۳۸۷	۲	۲۱۸۳/۶۹۳	۱۴۹/۱۵۷	* < ۰/۰۰۱	۰/۸۴۲
	زمان*گروه	۲۵۴۷/۵۸۶	۲	۱۲۷۳/۷۹۳	۸۷/۰۰۷	* < ۰/۰۰۱	۰/۷۵۷
	خطا (زمان)	۸۱۹/۸۵۱	۵۶	۱۴/۶۴۰	—	—	—

* < ۰/۰۵ p اختلاف معنی‌دار

عمومی مادران است. تفاوت معنی‌دار میان پیش‌آزمون و پیگیری ($p < ۰/۰۰۱$) نشان می‌دهد که اثرات مداخله در طولانی‌مدت نیز حفظ شده‌اند. علاوه بر این، تفاوت میانگین بین پس‌آزمون و پیگیری ($p < ۰/۰۰۱$)، حاکی از آن است که کاهش نمرات سلامت عمومی پس از مداخله تداوم داشته و اثرات درمانی پایدار بوده‌اند (جدول ۵).

نتایج آزمون تعقیبی توکی که بر روی گروه مداخله انجام شده است، نشان می‌دهد که بین مراحل مختلف (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) تفاوت‌های معنی‌داری وجود دارد. به طور مشخص، میانگین نمرات سلامت عمومی در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون کاهش یافته است ($p < ۰/۰۰۱$) که نشان‌دهنده تأثیر مثبت مداخله بر بهبود سلامت

جدول ۵- نتایج آزمون تعقیبی توکی برای تعیین تأثیر آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت عمومی مادران کودکان مبتلا به اختلالات برونی‌سازی شهر قم در سال ۱۴۰۳ (تعداد هر گروه = ۱۵ نفر)

متغیر	مراحل	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد برآورد	P
سلامت عمومی	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۱۶/۱۳۴	۱/۰۷۶	* < ۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون - پیگیری	۱۲/۸۷۷	۱/۰۰۲	* < ۰/۰۰۱
	پس‌آزمون - پیگیری	-۳/۲۵۷	۰/۸۷۵	* < ۰/۰۰۱

* < ۰/۰۵ p اختلاف معنی‌دار

است. اگرچه پژوهشی که به بررسی اثرات این درمان بر سلامت عمومی مادران پرداخته باشد، یافت نشد، اما اثربخشی این روش تأیید شده است و همسو با نتایج تحقیقات Maughan و همکاران [۱۱]، Li و همکاران [۱۲]، Parvin و همکاران [۲۶]، Flujas-Contreras و همکاران [۲۷]، Wright و همکاران

بحث

هدف اصلی پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت عمومی مادران کودکان مبتلا به اختلالات برونی‌سازی بود. نتایج نشان داد که این آموزش تأثیر معنی‌داری بر بهبود سلامت عمومی مادران داشته

[۲۸]، Alam و همکاران [۲۹]، Han و kim [۳۰]، Morgan و همکاران [۳۱] است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تأکید بر ارزش‌های شخصی، به مادران کمک می‌کند تا از تعارضات ناشی از انتظارات نادرست و افکار منفی فاصله بگیرند. این فرایند موجب تعامل پذیرنده‌تر با فرزندان و تمرکز بر ارزش‌های والدگری مانند عشق و حمایت می‌شود که به بهبود سلامت عمومی آن‌ها کمک می‌کند. علاوه بر این، حضور ذهن و پذیرش که از اصول این درمان است، مادران را قادر می‌سازد تا به جای واکنش‌های خودکار و منفی، پاسخ‌های آگاهانه‌تری ارائه دهند و در نتیجه، تنش‌های روانی کاهش یافته و ارتباط مادر و فرزند بهبود یابد [۳۲]. در تبیین دیگری می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به مادران کمک می‌کند تا از اجتناب تجربه‌ای که یکی از عوامل افزایش دهنده اضطراب و افسردگی است، دوری کنند. با پذیرش احساسات منفی و افکار چالش‌برانگیز به جای اجتناب از آن‌ها، مادران قادر می‌شوند تا بهتر با تنش‌های روانشناختی کنار بیایند و سلامت عمومی بیشتری را تجربه کنند [۲۷].

یکی از مؤلفه‌های کلیدی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است که به مادران کمک می‌کند در مواجهه با چالش‌های فرزندپروری، واکنش‌هایی سازگارانه‌تر و آگاهانه‌تر نشان دهند. این توانمندی موجب کاهش رفتارهای کنترل‌گرایانه و افزایش مهارت در تنظیم هیجانی شده و در نهایت به بهبود تعاملات والد-فرزندی، تقویت احساس امنیت در کودکان و کاهش استرس مادران می‌انجامد [۳۳]. از سوی دیگر، این رویکرد با افزایش خودشفقتی، مادران را در پذیرش خود بدون قضاوت یاری می‌دهد و از احساس گناه و سرزنش

می‌کاهد. یافته‌های حاضر با نتایج پژوهش Cohen و Naaman هم‌راستا است که نشان داده‌اند خودشفقتی والدین با کاهش تنش روانشناختی و بهبود روابط با فرزندان مرتبط است [۳۳].

علاوه بر این، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تقویت پذیرش و کاهش اجتناب تجربه‌ای، مسیر مؤثری برای ارتقای سلامت روانی مادران و بهبود کیفیت روابط آن‌ها با فرزندان فراهم می‌آورد [۳۴].

همچنین، شرکت در جلسات گروهی درمان پذیرش و تعهد می‌تواند با کاهش اضطراب اجتماعی و نگرانی از قضاوت دیگران، تمرکز مادران را از فشارهای بیرونی به نیازهای واقعی فرزندان معطوف کند. این فرایند، در کنار بهبود خودتنظیمی هیجانی، به کاهش واکنش‌های هیجانی شدید، مدیریت بهتر رفتارهای فرزندان، و ارتقای سلامت عمومی مادران کمک می‌کند [۳۲]. تقویت همدلی والدین از طریق این درمان، درک عمیق‌تری از نیازهای عاطفی کودک فراهم می‌آورد و با بهبود کیفیت روابط والد-فرزندی، به کاهش علائم افسردگی و اضطراب و افزایش سلامت عمومی در مادران منجر می‌شود [۳۵].

درمانگر در این فرآیند به مادران کمک کرد تا نقش خود در زندگی را تحلیل کنند و درک کنند که بیشتر رفتارها و انتخاب‌های آن‌ها تحت کنترل خودشان است. این شناخت باعث افزایش آگاهی آن‌ها از انتخاب‌هایشان و توانایی روبه‌رو شدن با چالش‌های زندگی با آزادی و اختیار بیشتر شد. وقتی مادران به این قدرت و کنترل پی بردند، فهمیدند که می‌توانند با هر شرایطی سازگار شوند و خودکارآمدی‌شان افزایش یافت. این رویکرد همچنین به مادران آموخت که زندگی پر از چالش‌ها و دردهای اجتناب‌ناپذیر است، اما می‌توان با پذیرش

این واقعیت و تمرکز بر ارزش‌های زندگی، کیفیت زندگی را بهبود بخشید.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با ایجاد تغییرات در تنظیم هیجان و رفتارهای فرد، باعث بهبود سبک زندگی و نگرش افراد می‌شود. پذیرش شرایط زندگی بدون تلاش برای تغییر آن‌ها به طور مستقیم به بهبود سلامت عمومی کمک می‌کند. نتایج پایدار این درمان در دوره پیگیری نیز مشاهده شده، زیرا این روش به افراد کمک می‌کند تا از تکنیک‌های ذهن‌آگاهی و پذیرش برای حفظ آرامش و کاهش تنش‌ها در زندگی روزمره استفاده کنند [۶].

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به مادران آموخت که رنج بخشی از تجربه انسانی است و به جای تلاش برای تغییر یا تحمل مشکلات، باید آن‌ها را آگاهانه و فعالانه بپذیرند. این رویکرد به مادران کمک کرد تا بر ارزش‌ها و اهداف فردی خود تمرکز کنند، در لحظه حال زندگی کنند و از درگیری با افکار منفی پرهیز نمایند. این تغییر نگرش موجب کاهش استرس، اضطراب و افسردگی در مادران شد و سلامت عمومی آن‌ها را بهبود بخشید. تکنیک‌هایی مانند تعهد رفتاری، گسترش آگاهی و پذیرش فعال باعث شدند که مادران ارتباط مؤثرتری با فرزندان خود برقرار کنند و کیفیت رابطه والد-کودک بهبود یابد. همچنین، این رویکرد موجب افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کاهش تنش‌های روزمره شد که تأثیر مثبتی بر سلامت روانی و جسمی آن‌ها داشت. پذیرش تجربیات درونی و تمرکز بر ارزش‌ها، به مادران کمک کرد تا بهبود سلامت عمومی خود را تجربه کنند.

در نهایت می‌توان گفت از آنجا که اکثر مادران شرکت‌کننده در این پژوهش دارای تحصیلات دیپلم بودند و احتمالاً اطلاعات کافی درباره مشکلات فرزندان خود نداشتند، شرکت در این برنامه

آموزشی به آن‌ها کمک کرد تا اطلاعات دقیق‌تری درباره شرایط فرزندان خود کسب کرده و از روش‌های مؤثرتری برای مدیریت استرس و نگرانی‌های خود استفاده کنند.

پژوهش حاضر پیشنهاد می‌دهد که آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند به‌طور گسترده‌تری در مدارس و مراکز مشاوره برای والدین کودکان مبتلا به اختلالات برونی‌سازی به کار گرفته شود. همچنین، برگزاری کارگاه‌های تکمیلی و ادغام درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با سایر رویکردهای درمانی مانند درمان شناختی-رفتاری (CBT) می‌تواند اثربخشی بیشتری داشته باشد. استفاده از روش‌های آنلاین برای آموزش از راه دور نیز دسترسی مادران به این برنامه‌ها را افزایش می‌دهد. علاوه بر این، پیگیری منظم وضعیت مادران پس از اتمام دوره‌ها می‌تواند به پایداری نتایج کمک کرده و از بازگشت استرس جلوگیری کند.

اما این پژوهش با محدودیت‌هایی نیز مواجه بود، از جمله محدودیت در تعمیم‌پذیری نتایج به دیگر گروه‌های جمعیتی به دلیل تفاوت‌های تحصیلی و فرهنگی، نبود مقایسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با سایر روش‌های درمانی مانند CBT یا دارودرمانی، و عدم توجه به ویژگی‌های فردی و شخصیتی مادران که ممکن است بر نتایج نهایی تأثیر داشته باشد. محدودیت‌های زمانی و مکانی از دیگر چالش‌های این پژوهش بودند. پیشنهاد می‌شود مطالعات آتی با حجم نمونه گسترده‌تر و در گروه‌های جمعیتی متنوع‌تری انجام شوند. علاوه بر این، مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با سایر روش‌های درمانی می‌تواند به درک بهتر میزان کارایی این مداخله کمک کند. بررسی تأثیر ویژگی‌های شخصیتی مادران بر پاسخ به درمان نیز

می‌تواند به غنی‌تر شدن یافته‌های پژوهشی در این حوزه منجر شود.

نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش نشان داد که آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌طور معنی‌داری موجب بهبود سلامت عمومی مادران کودکان مبتلا به اختلالات برون‌سازمی می‌شود. این مداخله با افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، کاهش استرس و تقویت مهارت‌های تنظیم هیجانی، توانست به ارتقای سلامت روانی مادران کمک کند. با این حال، به دلیل محدودیت‌هایی مانند حجم نمونه و روش گردآوری داده‌ها، یافته‌ها باید با احتیاط تفسیر شوند. پیشنهاد می‌شود درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در برنامه‌های آموزشی و حمایتی والدین مورد استفاده قرار گیرد تا از طریق بهبود سلامت عمومی مادران، عملکرد روان‌شناختی آن‌ها ارتقا یابد.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌نمایند که هیچ‌گونه تضاد منافع یا تعارضی در ارتباط با این تحقیق وجود نداشته است.

سهم نویسندگان

نویسنده اول این مقاله مسئول گردآوری داده‌ها و اجرای پژوهش بود، سایر نویسندگان مسئول نظارت بر اجرای پژوهش، تحلیل داده‌ها و نگارش مقاله بودند.

تقدیر و تشکر

این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه دکتری نویسنده اول است. بدین وسیله از تمامی والدین شرکت‌کننده و مسئولین آموزش و پرورش ناحیه یک قم و همچنین اساتید راهنما و مشاور پایان‌نامه که در به ثمر رسیدن این پژوهش همکاری داشتند، تقدیر و تشکر می‌نمایم. این مقاله بدون دریافت حمایت مالی از هیچ نهاد و مؤسسه‌ای و با هزینه شخصی نویسنده اول انجام شده است.

References

- Jarvers I, Ecker A, Schleicher D, Brunner R, Kandsperger S. Impact of preschool attendance, parental stress, and parental mental health on internalizing and externalizing problems during COVID-19 lockdown measures in preschool children. *PLoS One* 2023;18(2):1–22.
- Lee Y, Chahal R, Gotlib IH. The default mode network is associated with changes in internalizing and externalizing problems differently in adolescent boys and girls. *Development and Psychopathology* 2024;36(2):834–843.
- Babicka-Wirkus A, Kozłowski P, Wirkus Ł, Stasiak K. Internalizing and externalizing disorder levels among adolescents: Data from Poland. *IJERPH* 2023; 20(3): 27–52.
- Henkens JH, Stevens GW, de Valk HA. The relation between residential mobility and internalizing and externalizing problems in adolescence: The role of subjective moving experience, gender, and friendship quality. *Journal of Youth and Adolescence* 2024; 53: 2234–50.
- Fossati M, Negri L, Fianco A, Cocchi MG, Molteni M, Delle Fave A. Resilience as a moderator between objective and subjective burden among parents of children with ADHD. *Archives of Psychiatric Nursing* 2020; 34(1): 53–63.
- Fang S, Ding D. The differences between acceptance and commitment therapy (ACT) and cognitive behavioral therapy: A three-level meta-analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science* 2023; 1(28): 149–168.
- Özaslan A, Yıldırım M. Internalized stigma and self-esteem of mothers of children diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder. *Childrens Health Care* 2021; 50(3): 312–324.
- Onyishi CN, Sefotho MM, Victor-Aibodion V. Psychological distress among parents of children with autism spectrum disorders: A randomized control trial of cognitive behavioural therapy. *Res Autism Spectr Disord* 2023; 100(1): 102–118.
- Holmberg Bergman T, Renhorn E, Berg B, Lappalainen P, Ghaderi A, Hirvikoski T. Acceptance and commitment therapy group intervention for parents of children with disabilities (navigator ACT): An open feasibility trial. *J Autism Dev Disord* 2023; 53(5): 834–849.
- Levin ME, Krafft J, Twohig MP. An overview of research on acceptance and commitment therapy. *Psychiatr Clin* 2024; 47(2): 19–31.
- Maughan AL, Lunsy Y, Lake J, Mills JS, Fung K, Steel L, Weiss JA. Parent, child, and family outcomes following Acceptance and Commitment Therapy for parents of autistic children: A randomized controlled trial. *Autism* 2024; 28(2): 67-80.
- Li S, Chen Z, Yong Y, Xie J, Li Y. Effectiveness of acceptance and commitment therapy-based interventions for improving the psychological health of parents of children with special health care needs: A systematic review and meta-analysis. *Compr Psychiatry* 2023; 127(21): 1-12.
- Garcia AS, Born SL, Carotta CL, Lavender-Stott ES, Liu HL. Hope and self-compassion to alleviate parenting stress in the context of the COVID-19 pandemic. *FAM J* 2022; 30(2): 164-173.
- Ne'matpour S, Haroon Rashidi, H, Kazemian Moghadam, K. The Effectiveness of Group Acceptance and Commitment Therapy upon Perceived Social Support and Social Adjustment of Mothers of Children Diagnosed with Autism. *QJFR* 2023; 20 (1) :83-98.[Persian]
- Ramezani V, Abd Khodae M S, Tabibi Z, Aghamohammadian H R. Healthy and pathological aspects of parenting among Iranian families: A qualitative research. *Journal title* 2019; 13 (1): 58-80.[Persian]
- Lansford JE. Annual research review: Cross-cultural similarities and differences in parenting. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2022; 63(4):466-79.
- Barkley RA. *Taking Charge of ADHD: The Complete, Authoritative Guide for Parents*. 2nd ed. New York: Guilford Publications; 2020. p. 200-220.
- Tehrani-Doost M, Shahrivar Z, Pakbaz B, Rezaie A, Ahmadi F. Normative data and psychometric properties of the child behavior checklist and teacher rating form in an Iranian community sample. *Iranian Journal of Pediatrics* 2011; 21(3): 31-42.

19. Noorbala AA, Bagheri Yazdi SA, Mohammad K. Validation of the 28-item General Health Questionnaire as a screening tool for psychiatric disorders in Tehran - 2001. *Hakim Health System Research Journal* 2008; 11(4):47-53.[Persian]
20. Dalavar A. *Research Methods in Psychology and Educational Sciences*. 58th ed. Tehran: Roshd; 2023. p. 150-158. [Persian]
21. Westrup D, Wright AM. *Acceptance and Commitment Therapy for Group Treatment: A Guide to Teaching ACT Skills to Therapists*. Roghanchi M, Mofakhri M, Rostami Y, translators. Tehran: Arjmand Publications; 2023. p. 200-230. [Persian].
22. Statistical Center of Iran. *Average household income and expenditure by province*. Tehran: Statistical Center of Iran; 2023. Available from: <https://www.amar.org.ir>
23. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of general health questionnaire. *Psychological Medicine*. 1979; 9:131- 145.
24. Ebrahimi AE, Mousavi SG, Bornamanesh AR, Yaghoubi M. Psychometric properties and factor structure of General Health Questionnaire 28 (GHQ-28) in Iranian psychiatric patients. *Journal of Research in Behavioural Sciences* 2007;5(19):5-12. [Persian]
25. Taghavi S. The Normalization of General Health Questionnaire for Shiraz University Students (GHQ-28). *Cpap* 2008; 1(28):1-12. [Persian]
26. Parvin A, Dehghan A, Masoumi A, Zeraatpishe F, Ghaed L, Bijani M. Investigation the effect of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) training on stigma and family functioning in family members of patients with psychiatric disorders: a randomized controlled clinical trial. *BMC psychiatry* 2024; 30; 24(1): 42-60. [Persian]
27. Fluja-Contreras JM, García-Palacios A, Castilla D, Gómez I. Internet-based versus face-to-face Acceptance and Commitment Therapy for parental psychological flexibility. *Current Psychology* 2024; 43(11): 854-866.
28. Wright SR, Graham CD, Houghton R, Ghiglieri C, Berry E. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for caregivers of children with chronic conditions: A mixed-methods systematic review (MMSR) of efficacy, process, and acceptance. *J Contextual Behav Sci* 2023; 27(1): 72-97.
29. Alam A, Mohanty A. "Happiness Engineering": Acceptance and Commitment Therapy for university students' classroom engagement, mental health, and psychological flexibility. *Interdisciplinary perspectives on sustainable development*. CRC Press; 2023: 45-49.
30. Han A, Kim TH. Efficacy of internet-based acceptance and commitment therapy for depressive symptoms, anxiety, stress, psychological distress, and quality of life: systematic review and meta-analysis. *J Med Internet Res* 2022; 24(12): e39727.
31. Morgan TA, Dalrymple K, D'Avanzato C, Zimage S, Balling C, Ward M, Zimmerman M. Conducting outcomes research in a clinical practice setting: The effectiveness and acceptability of acceptance and commitment therapy (ACT) in a partial hospital program. *Behav Ther* 2021; 52(2): 72-85.
32. Chua JY, Shorey S. The effect of mindfulness-based and acceptance commitment therapy-based interventions to improve the mental well-being among parents of children with developmental disabilities: systematic review and meta-analysis. *J Autism Dev Disord* 2022; 52(6): 70-83.
33. Ong CW, Levin ME, Twohig MP. Beyond acceptance and commitment therapy: process-based therapy. *Psychol Rec* 2020; 70(1) : 37-48.
34. Cohen E, Naaman ER. Linking mothers' self-compassion and parenting feelings to their child's behavior problems. *Mindfulness* 2023; 14(1): 79-90.
35. Garriga A, Martínez-Lucena J, Moreno A. Parents' relationship quality and children's externalizing problems: The moderating role of mother-child relations and family socio-demographic background. *Child Adolesc Soc Work Journal* 2019; 36(2): 37-54.

The Effectiveness of Group-Based Acceptance and Commitment Therapy Training on the General Health of Mothers of Children with Externalizing Disorders in Qom, 2024

Pordel H¹, Maddahi ME², Heydari Nasab L³, Abbasi R⁴

1. PhD Student in Clinical Psychology, Shahed University, Tehran, Iran.

2. Assistant Prof., Dept. of Psychology, Shahed University, Tehran, Iran. (Corresponding Author)

E-mail: memadahi@yahoo.com, Tel: 09121125448

3. Associate Prof., Dept. of Psychology, Shahed University, Tehran, Iran.

4. Assistant Prof., Dept. of Psychology, Shahed University, Tehran, Iran.

Received: 17 January 2025

Accepted: 9 June 2025

Introduction: Externalizing disorders in children, as one of the common behavioral challenges, can have negative effects on the mental health of parents, especially mothers. The aim of this study was to determine the effectiveness of group-based acceptance and commitment therapy on the general health of mothers with children suffering from externalizing disorders.

Materials and Methods: This quasi-experimental study utilized a pretest-posttest design with a control group and a one-month follow-up period. The study population consisted of all mothers of children with externalizing behavioral disorders in elementary schools in Qom City during the 2023-2024 academic year (approximately 1,000 individuals). A sample of 30 mothers was selected through convenience sampling and randomly assigned into either the intervention group or the control group (15 participants in each group). The intervention group participated in 8 sessions of group-based acceptance and commitment therapy, while the control group did not receive any intervention. Assessments were conducted using the General Health Questionnaire (GHQ-28) before and after the intervention and at the follow-up stage. Data were analyzed using a two-way analysis of variance with repeated measures.

Results: The mean and standard deviation of general health scores in the experimental group in the pre-test and post-test were 44.60 ± 2.35 and 34.53 ± 3.85 , respectively, and this difference was statistically significant ($p < 0.001$). However, in the control group, the mean and standard deviation of scores in the pre-test and post-test were 44.53 ± 2.50 and 43.83 ± 2.31 , respectively, and the difference was not statistically significant ($p > 0.05$).

Conclusion: It appears that group-based acceptance and commitment therapy (ACT) training is effective in improving the general health of mothers of children with externalizing disorders. This training can be used as a complementary approach in parent education. However, the generalizability of the results requires further investigation.

Keywords: Acceptance and commitment therapy, General health, mothers, Externalizing disorders

Please cite this article as follows:

Pordel H, Maddahi M*, Heydari Nasab L, Abbasi R. The Effectiveness of Group-Based Acceptance and Commitment Therapy Training on the General Health of Mothers of Children with Externalizing Disorders. *Community Health Journal* 2025; 18(4): 14-27.

Funding: This study did not have any funds.

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: The Ethics Committee of Shahed University approved the study (IR.SHAHED.REC.1403.060).